

ВАСКУЛЯР ПАРКИНСОНИЗМНИНГ КЛИНИК НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОН ХУСУСИЯТЛАРИ

Гульнора Саттаровна РАХИМБАЕВА, Дилшода Турдикуловна АКРАМОВА
Неврология кафедраси, Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси

Ихтибослик учун: Г.С. Рахимбаева, Д.Т. Акрамова, Васкуляр паркинсонизмнинг клиник нейровизуализацион хусусиятлари. *Journal of Biomedicine and Practice*, 2018, vol. 1, issue 2, pp. 37–42.

Мақола 2018 йил 7 майда қабул қилинди.

Чоп этиш учун 2018 йил 29 майда тавсия этилди.

Мурожаат учун: Акрамова Д.Т., Тошкент Тиббиёт Академияси, Форобий кўчаси 2 уй, Тошкент, Ўзбекистон Республикаси, 100109, тел: +998974118589, E-mail: dilshoda-akramova@mail.ru

<http://dx.doi.org/10.26739/2181-9297-2018-2-6>

АННОТАЦИЯ

Мақола бугунги кун неврологиясининг долзарб масалаларидан бири бўлган Паркинсон касаллиги ва Васкуляр паркинсонизм мавзусига доир бўлиб, Васкуляр паркинсонизм, унинг кечиши, турлари ва асосан дифференциал диагностика муаммоларига эътибор қаратилади. Мақолада паркинсон касаллиги ва Васкуляр паркинсонизмнинг эътиборга лойик нейровизуализацион хусусиятлари баён қилинган.

Калит сўзлар: Паркинсон касаллиги, Васкуляр паркинсонизм, Стриар васкуляр паркинсонизм, Фронтостриар васкуляр паркинсонизм, Мезенцефалик васкуляр паркинсонизм, Таламик васкуляр паркинсонизм

Клинические и нейровизуализационные особенности сосудистого паркинсонизма.

Гульнора Саттаровна РАХИМБАЕВА, Дилшода Турдикуловна АКРАМОВА

Контактная информация: Д.Т. Акрамова, Ташкентская Медицинская Академия, улица Форобий 2, Ташкент, Республика Узбекистан, 100109, тел: +998974118589, E-mail: dilshoda-akramova@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена актуальной теме современной неврологии - болезни Паркинсона и Сосудистого паркинсонизма. Рассматриваются особенности клинического течения, определяющие различные типы, особенности проведения дифференциальной диагностики. В статье излагаются характеристики нейровизуализации болезни Паркинсона и Сосудистого паркинсонизма.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, Сосудистый паркинсонизм, Стриарный паркинсонизм, Фронтостриарный паркинсонизм, Мезенцефальный паркинсонизм, Таламический паркинсонизм.

Clinical and neuroimaging characteristics of vascular parkinsonism.

Gulnora Sattarovna RAHIMBAEVA, Dilshoda Turdikulovna AKRAMOVA

Department of Neurology, Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: D.T. Akramova, Tashkent Medical Academy, 2 Farobiy Street, Tashkent, Republic of Uzbekistan, 100109, tel: +998974118589, E-mail: dilshoda-akramova@mail.ru

ANNOTATION

The article is devoted to the actual topic of modern neurology - Parkinson's disease and vascular Parkinsonism. The peculiarities of the clinical course that determine the different types and characteristics of differential diagnosis are considered. The article describes the characteristics of neuroimaging of Parkinson's disease and Vascular Parkinsonism.

Key words: Parkinson's Disease, Vascular Parkinsonism, Stryo-pallidar Parkinsonism, Frontostriary Parkinsonism, Mesencephalic Parkinsonism, Talamic Parkinsonism.

Кириш

Васкуляр паркинсонизм (ВП) церебрал қон томирлар патологияси туфайли ривожланувчи паркинсонизм бўлиб, унинг асосий генези бош мия ярим шарларида кузатиладиган инсульта, кўп холларда пўстлоқости инсульта, Транзитор ишемик атаклар (ТИА), медиал геморагиялар



ва дисциркулятор энцефалопатия (ДЭ) [21]. Кўпгина холларда ВПни Паркинсон касаллигидан (ПК) диагностика қилиш мушкул. ВП синдромида кўлда титроқлар майда бўлиб, танга санаш типдаги титроқлар унчалик характерли эмас, мушаклар ригидлиги ПКдан кўра кучлироқ намоён бўлиб, “Паркинсоник букилган поза” уюқори даражада кузатилмаслиги, гиперсаливация ПКдан кўра камроқ кузатилиб, эмоционал сфера ҳам камроқ зарарланади, ВПнинг асосий қиёсий фарқларидан яна бири шуки, кўндаланг тарғил тана зараланишидан ташқари, рангли шар, қора модда, базал ядролар, кўрув дўмбоғи сингари мия структураларининг зараланиши: психик ўзгаришлар, пирамида ва псевдобульбар симптомлар кузатилади. Анамнезида мияда қон айланишининг бузилишлари ва миядан ташқари атеросклерозлар (Юрак ишемик касаллиги, ўтиб кетувчи оксоқлик ва б.) паркинсонизм ташхисини янада аниқлаштиради. Шунини айтиб ўтиш керакки, паркинсонизм ва церебрал атеросклерознинг биргаликда келиши ташхисни ВП деган фикрни ҳам бермайди. ВП да ПК дан фарқли томонларидан яна бири шуки, купроқ каттароқ ёшдагилар хасталаниши, икки томонлама симптоматиканинг устунлик қилиши ва симметрик кечуви, юқори темпда кечиши, мушак ригидлигининг устунлик қилиши, акинетик бузилишлар ва ривожланган когнитив бузилишлар характерлидир. ВП аввало пирамидал бузилишлар билан бошланиб, бу бузилишлар гемипарез ёки монопарез кўринишида кечуви кузатилади, сезги бузилишлари гемиянестезия ёки моноанестезия шаклида кузатилиб, бу патологиялардан ташқари нейропсихологик ўзгаришлар: афазия, апраксия, агнозия кузатилиши мумкин [2]. Баъзи холларда бульбар фалажлик белгилари ва координатор бузилишлар ҳам юзага келади. ВП белгилари эса кечроқ шаклланади. Клиник белгилари ўткир шаклида инсульт ёки ТИА кўринишида, сурункули кечувида эса ДЭ кўринишида ривожланади [13].

Пўстлоқ ости инсультларида паркинсонизм белгилари касалликнинг дастлабки босқичларидан шаклланиши мумкин. Аммо бир қатор симптомлар дарров регрессга учрайди [4]. Ангио ва невровизуализацион текширувларда бош мияни қон билан таъминловчи артериялар патологияси ва мия тўқимасида турли хажмдаги инфарктлар аниқланилади [15]. Касаллик ремиссиялар билан кечиб, турли хил гипертоник кризлар, паркинсонизм белгиларини кучайтириб юбориши мумкин. Васкуляр паркинсонизм Паркинсон касаллигидан кўра камроқ учрайди [6].

Клиник хусусиятлари:

Белгиларнинг икки томонламалиги ва паркинсоник синдром хусусиятлари: Белгиларнинг икки томонлама бошланиши ва нисбатан симметриянинг мавжудлиги; Тинч ҳолатда треморнинг бўлмаслиги; Дофаминэргик воситаларга эффективликнинг пастлиги эрта юзага чиқиши; Симптомларнинг аксиал қисмлар ва дистал учларда устунлик қилиши; Постурал бузилишлар [асосан ретропульсиянинг] ва юришдаги ўзгаришларнинг эрта юзага чиқиши [17].

Ёндош синдромлар: Пирамида синдроми; Нейроген сийдик ажралиши бузилишининг эрта юзага чиқиши; Когнитив бузилишлар ва деменциянинг эрта юзага чиқиши; Пешона белгилари (Ушлаб олиш рефлeksi, паратония); Мияча атаксияси; Экстрапирамида етишмовчилиги (гемидистония) [8].

ВП бир ёки бир нечта инсультларнинг ёки ТИАдан сўнг ривожланиши кўп холларда кузатилади, бундай ҳолатларда экстрапирамида етишмовчилиги инсультнинг ўткир босқичида ёки бир қанча ойлар ўтганидан сўнг юзага чиқиши мумкин, базан пирамида системаси регресси фонида паркинсоник белгилар юзага чиқади. Васкуляр паркинсонизм босқичма- босқич ривожланиб, дисциркулятор энцефалопатия билан бирга ривожланиб боради [19].

ВПда қайси мия тузилмасини зарарланишига кўра қуйидаги турлари фарқланади:

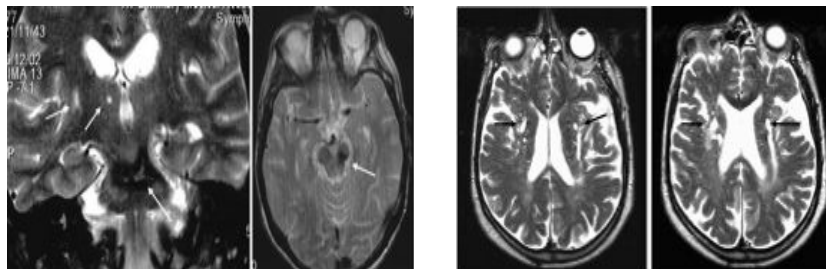


Расм. 1. Васкуляр паркинсонизмда невровизуализацион ўзгаришлар.

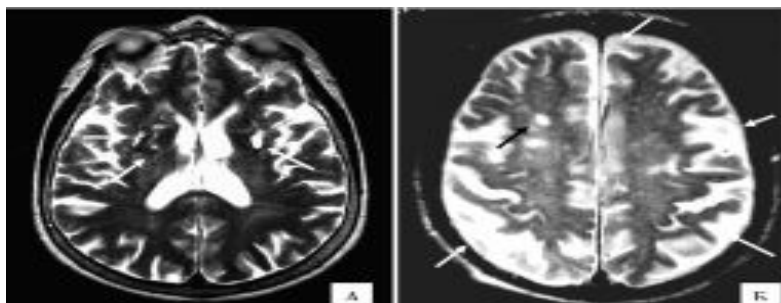
1. Стриар васкуля паркинсонизм
2. Фронтостриар васкуля паркинсонизм
3. Мезенцефалик васкуля паркинсонизм
4. Таламик васкуля паркинсонизм.

Расм. 1. Васкуля паркинсонизмда нейровизуализацион ўзгаришлар.

Оқ модданинг катта икки томонлама зарарланиши (субкортикал кўшилган ёки қисмли қисман кўшилган лейкоареоз, ноаниқ чегарали тарқалган паравентрикулр лейкоареоз) [10].

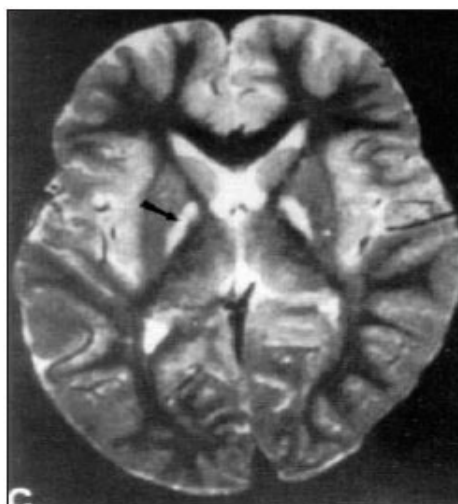


Расм. 2. Васкуля паркинсонизм. Стриопалидар варианты. Базал ядроларда Икки томонлама кўплаб лакуналар.



Мия ярим шарлари, мия асоси, базал ганглийдаги икки томонлама кўплаб лакунар инфарктлар; Периваскуля бўшлиқларнинг диффуз кенгайиши; Пўстлоқ ости базал тугунлар, таламус инфаркти; Пешона бўлаги икки томонлама инфаркти; Ярим шарлар ва ўрта миядаги чуқур қисмидаги геморрагик ўчоқлар; Қоринча системасининг кенгайиши [1];

Расм. 3. Васкуля паркинсонизм. Фронтостриар варианты. Ярим шарлар яққол конвекситал

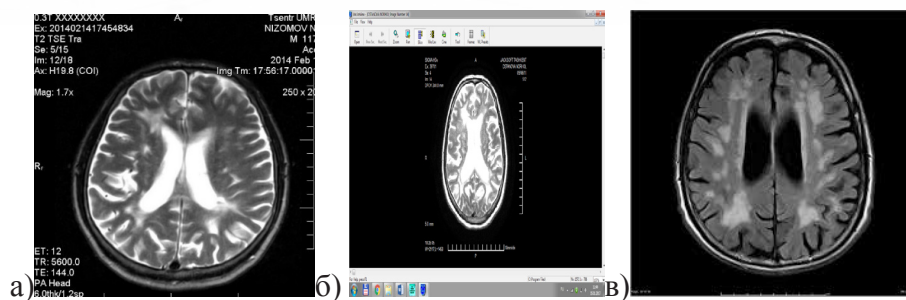


атрофия, чап томонда скорлупада жойлашган лакунар инфарктлар, ўнгда ва рангпар шарда, субкортикал сохаларда лакунар инфарктлар.

МРТда васкуля ўзгаришларнинг бўлмаслиги (КТ оқ модда патологиясига камроқ сезувчан) васкуля паркинсонизм диагнозини аниқлаштиради [12].

Расм. 4. Бош мия КТси васкуля паркинсонизм билан Васкуля паркинсонизмда МРТда ўзига хос хусусиятлари:

Васкуля паркинсонизм ва паркинсонизм билан кечмайдиган бош мия сурункали

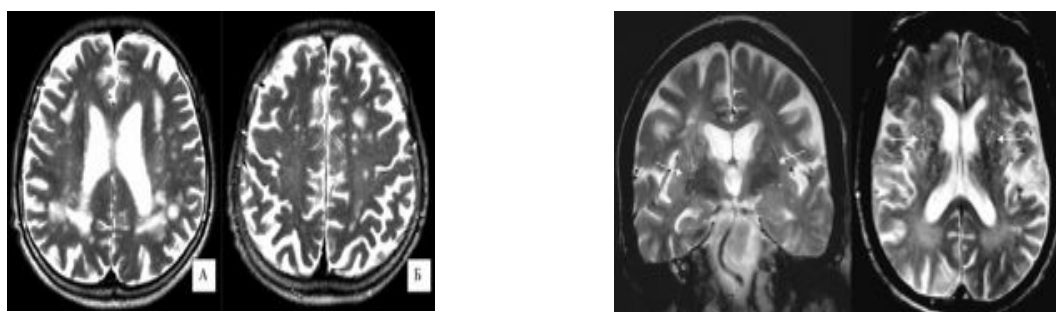


ишемиялари МРТда статистик сезиларли ўзгаришларни кўрсатмади, уларнинг барчасида бир хил территориал ва лакунар ўчоқлар, перивентрикуляр ва субкортикал тарқалган лейкоареозлар кўзга ташланди.

Расм. 5. а –1-гурух: нейродегенератив атрофик жараён туфайли шакланган гидроцефалия кўриниши, бемор Н., 56 ёшда; б –2- гурух: ягона ўчоқли ўзгаришларва энса бўлақларидаги перивентрикуляр оқ моддада ўзгаришлар, бемор О., 72 ёшда; в –3-гурух: суправентрикуляр лейкоареоз ва майда ишемик ўчоқлар, бемор М., 70 ёшда.

МРТда васкуляр патологиянинг топилиши васкуляр паркинсонизм ташхисини белгилаб бермайди ва цереброваскуляр касаллик билан аниқ боғланишини билдирмайди [13]. Кейинчалик вазиятнинг мураккаблашуви ва биргина томирли зарарланиш билан ҳам кечиши мумкин, баъзи ҳолларда эса бундай кечмаслиги ҳам мумкин. Бундай чекланишларга қарамай МРТда васкуляр касалликга хос фактларнинг топилиши жуда муҳим [3].

Бош мия МРТси бундай ҳолатларда иккиламчи паркинсонизмнинг бошқа сабабларини ҳам аниқлашга ёрдам беради (масалан нормотензив гипертензия ва б.) [15]. Солиштирма



Расм. 6. T2 режимида олинган бош мия МРТ картинаси. Паркинсон касаллиги.

МРТ теширувларида васкуляр паркинсонизм тахмин қилинган беморларда гипертензия ёки Паркинсон касаллиги бор беморларга қараганда субкортикал томирли ўчоқли ўзгаришлар сезиларли даражада ошган бўлади [16].

Бир гурух олимлар таъкидлашича ВП билан хаста беморларда базал ганглийлар инфаркти, лакунар инфаркт ёки томир бўшлиқлари кенгайиши кам учрайди [18].

Бошқа бир тадқиқотлар натижаларига кўра эса базал ганглийларнинг лакунар инфаркти МРТ текширувида аниқланган беморларни 38% паркинсон касаллиги билан хасталанган [9].

Мия жароҳатланган тўқимасининг ҳажми 0.6% га тенг бўлган бемор ВП билан касалланган беморлар ва паркинсон касаллиги билан хаста беморлар орасидаги фарқни аниқ кўрсатиб беради [20].

Бош миянинг КТ ёки МРТ текширувлари фақат касаллик этиологиясини аниқлашда ёрдам беради ва улар паркинсонизм учун хос специфик белгиларни кўрсатиб бера олмайди. Ушбу текширув натижалари клиник текширув натижаларини тўлдиради ва бирламчи паркинсонизмни иккиламчи паркинсонизмдан фарқлаш учун ёрдам беради. Масалан, экстрапирамидал ядролар соҳасидаги лакунар инсульт белгилари, ўсмалар, гидроцефалия каби патологик ҳолатлар ва касалликлар, яъни паркинсонизм сабабларини аниқлашда КТ ёки МРТ текширувларидан фойдаланилади [21].

Базал ядроларда дофамин алмашинувининг бузилиши позитрон эмиссион томография [ПЭТ] орқали текшириб янада аниқроқ ташхислаш мумкин. Бу мақсадда ДОФА сақловчи контраст юборилади ва унинг базал ядроларда кам миқдорда тўпланилишига қараб Васкуляр Паркинсонизм ташхиси аниқланилади [22].

Адабиётлар рўйхати:

1. Agnoli, A., Baldassarre, M., Stucchi, R., Ruggieri, S., Meyer, J. S., Lechner, H., ... & Ott, E. D. (1987). Can cerebrovascular disease be responsible for extrapyramidal disorders and the question of arteriosclerotic parkinsonism. *Cerebrovascular Disease*, 6, 25-27.
2. Chu, M. P., Alagiakrishnan, K., & Sadowski, C. (2010). The cure of ageing: vitamin D—magic or myth?. *Postgraduate medical journal*, 86(1020), 608-616.
3. Bhatia, K. P., & Marsden, C. D. (1994). The behavioural and motor consequences of focal lesions of the basal ganglia in man. *Brain*, 117(4), 859-876.
4. Bonuccelli, U., Antonio, P. D., Deldotto, P., Dellagnello, G., & Padolecchia, R. (1995, April). The elusive vascular parkinsonism. In *Neurology* (Vol. 45, No. 4, pp. A339-A339). 34 Beacon Street, Boston, MA 02108-1493: Little Brown CO.
5. De La Fuente Fernandez, R., Lopez, J., del Corral, P. R., & De La Iglesia Martinez, F. (1994). Peduncular hallucinosis and right hemiparkinsonism caused by left mesencephalic infarction. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 57(7), 870.
6. Fitzgerald, P. M., & Jankovic, J. (1989). Lower body parkinsonism: evidence for vascular etiology. *Movement Disorders*, 4(3), 249-260.
7. Chang, C. M., Yu, Y. L., Ng, H. K., Leung, S. Y., & Fong, K. Y. (1992). Vascular pseudoparkinsonism. *Acta neurologica scandinavica*, 86(6), 588-592.
8. Hageman, A. T. M., & Horstink, M. W. I. M. (1994). Parkinsonism due to a subdural hematoma. *Movement disorders*, 9(1), 107-108.
9. Ikeda, K., Kotabe, T., Kanbashi, S., & Kinoshita, M. (1996). Parkinsonism in lacunar infarcts of the basal ganglia. *European neurology*, 36(4), 248-249.
10. Jellinger, K. A. (2007). The enigma of vascular cognitive disorder and vascular dementia. *Acta neuropathologica*, 113(4), 349-388.
11. Murrow, R. W., Schweiger, G. D., Kepes, J. J., & Roller, W. C. (1990). Parkinsonism due to a basal ganglia lacunar state Clinicopathologic correlation. *Neurology*, 40(6), 897-897.
12. Parkes, J. D., Marsden, C. D., Rees, J. E., Curzon, G., Kantamaneni, B. D., Knill-Jones, R., ... & Kataria, M. (1974). Parkinson's disease, cerebral arteriosclerosis, and senile dementia: clinical features and response to levodopa. *QJM: An International Journal of Medicine*, 43(1), 49-61.
13. Pullicino, P., Lichter, D., & Benedict, R. (1994). Micrographia with cognitive dysfunction: "minimal" sequelae of a putaminal infarct. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society*, 9(3), 371-373.
14. Reider-Groswasser, I., Bornstein, N. M., & Korczyn, A. D. (1995). Parkinsonism in patients with lacunar infarcts of the basal ganglia. *European neurology*, 35(1), 46-49.
15. Schmidtke, K., & Hüll, M. (2005). Cerebral small vessel disease: how does it progress?. *Journal of the neurological sciences*, 229, 13-20.
16. Straussberg, R., Shahar, E., Gat, R., & Brand, N. (1993). Delayed parkinsonism Associated with Hypotension in a Child Undergoing Open heart Surgery. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 35(11), 1011-1014.
17. Thompson, P. D., & Marsden, C. D. (1987). Gait disorder of subcortical arteriosclerotic encephalopathy: Binswanger's disease. *Movement Disorders*, 2(1), 1-8.
18. van Zagten, M., Lodder, J., & Kessels, F. (1998). Gait disorder and parkinsonian signs in patients with stroke related to small deep infarcts and white matter lesions. *Movement disorders*, 13(1), 89-95.
19. Winikates, J., & Jankovic, J. (1994). Vascular progressive supranuclear palsy. In *Progressive Supranuclear Palsy: Diagnosis, Pathology, and Therapy* (pp. 189-201). Springer, Vienna.
20. Zijlmans, J. C. M., Thijssen, H. O. M., Vogels, O. J. M., Kremer, H. M. P., Poels, P. J. E., Schoonderwaldt, H. C., ... & Horstink, M. W. I. M. (1995). MRI in patients with suspected vascular parkinsonism. *Neurology*, 45(12), 2183-2188.
21. Hupperts, R. M. M., Lodder, J., Heuts-van Raak, E. P. M., & Kessels, F. (1994). Infarcts in the anterior choroidal artery territory: anatomical distribution, clinical syndromes, presumed pathogenesis and early outcome. *Brain*, 117(4), 825-834.
22. Golubev, V. L., Levin, YA. I., & Vejn, A. M. (1999). Bolezn' Parkinsona i sindrom parkinsonizma [Parkinson's disease and Parkinson's syndrome]. M.: MEDpress.
23. Levin, O. S. (2012). Rezistentnost' k lecheniyu levodopoj bol'nyh parkinsonizmom: prichiny, metodologiya ocenki i vozmozhnosti preodoleniya [Resistance to levodopa treatment in patients with Parkinsonism: causes, assessment methodology and coping options]. *Sovremennaya terapiya v psihiatrii i nevrologii*, (3).

